

霧島市造血細胞移植後ワクチン再接種費用助成事業交付申請書兼請求書

年 月 日

霧島市長 様

申請者住所
氏名
連絡先

㊞

次のとおり、霧島市造血細胞移植後ワクチン再接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により申請します。
なお、この申請に関し、確認等が必要な場合は霧島市が調査することに同意します。

対象者	住所	□申請者と同じ		
	氏名	□申請者と同じ		
	生年月日	年 月 日		
	申請者との続柄			
予防接種名	接種年月日	予防接種に要した費用(ア)	助成上限額(イ)	申請額 ((ア)と(イ)のいずれか低い額)
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
			合計	円

振込先	本・支店名	種別	口座番号			
銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	普通 当座				
			口座名義			
			フリガナ			
※口座名義が申請者と異なる場合 上記、助成金の受領に関することを次の者に委任します。 受任者 住所 氏名 ㊞ 申請者との続柄：						

- 1 本人確認書類(母子健康手帳、運転免許証、健康保険証等※氏名、住所、生年月日等の確認できるもの)
- 2 再接種が必要であることが確認できる医師の意見書
- 3 接種した医療機関等が発行した領収書
- 4 定期予防接種歴が確認できる書類(母子健康手帳の写し等)
- 5 振込先の金融機関名、支店名、預金種目、口座名義人、口座番号の確認できるページの写し
- 6 その他市長が必要と認める書類